

Destinatário Responsáveis das Unidades Hospitalares e Regionais de Gestão de Inscritos para Cirurgia

Assunto Esclarecimento de algumas regras do SIGIC no âmbito do processo de gestão do utente.

Data 2005/ 12/ 01
Revisão 1

Exmos. Srs.,

Esta Linha Directa tem como objectivo esclarecer as dúvidas relativas ao processo de gestão do utente existentes sobre os seguintes pontos:

- Proposta Cirúrgica;
- Registo/Inscrição;
- Certificado de Inscrição;
- Agendamento da Cirurgia;
- Conclusão do processo
- Sub-contratação;
- Desconformidades.

Proposta Cirúrgica

➤ Quando se deve inscrever um utente em lista de inscritos para cirurgia (LIC)

A Lista de inscritos em cirurgia (LIC) é uma base de dados gerida a 3 níveis: Local (hospitais), Central (ARS), Central (UCGIC), como tal tem de se basear em critérios de gestão uniformes que também se referem à oportunidade e às regras de inscrição de utentes.

Assim:

1. O cirurgião deve inscrever o utente na LIC sempre que considere que na estratégia terapêutica prevista para o mesmo, haja forte probabilidade (maior de 95%) de ser necessário o recurso à cirurgia, se esta probabilidade não for forte fica, a inscrição, ao critério do médico, devendo este estar alinhado com a estratégia do serviço e do hospital.
2. Se no decurso da consulta se verificar que ainda é necessário fazer mais exames ou consultas para determinar a necessidade da cirurgia ou se se concluir que é baixa a probabilidade de a cirurgia ser necessária não deve inscrever-se o utente.
3. Se, apesar de ainda ser necessário MCDT, o cirurgião considerar que a probabilidade de a cirurgia não ser necessária, é baixa, deve inscrever o utente.

Em situações de terapêuticas múltiplas (como no caso de radioterapia ou quimio-radioterapia neoadjuvante) em que a cirurgia é um dos elementos terapêuticos previstos o utente deve ser inscrito para cirurgia quando se estabelece a indicação terapêutica. Se a indicação da cirurgia só vier a estabelecer –se após observação da reacção às outras terapêuticas, o doente não deve ser inscrito.

Lembramos que :

- Para que um utente possa ficar inscrito em LIC é necessário que tenha sido elaborada uma proposta cirúrgica, que este tenha consentido e que o director do serviço aonde o utente vier a ser operado tenha validado a proposta.
- só se considera que o doente está proposto para cirurgia após inscrição na LIC, que essa inscrição lhe dá direito a um certificado.

➤ De onde podem provir os doentes a operar electivamente no hospital?

- Necessariamente da LIC, assim excepto no caso das urgências diferidas nas quais a inscrição na LIC pode ser à posteriori, em todas as restantes situações só se podem operar electivamente doentes inscritos em LIC.
- Doentes referenciados da consulta do hospital, referenciados de centros de saúde, referenciados ou transferidos de outros hospitais terão de ser inscritos em LIC para poderem ser operados em cirurgia programada. Caso o doente estivesse inscrito previamente numa LIC de outro hospital para o mesmo procedimento, deverá cancelar essa inscrição.

➤ Pode-se alterar uma proposta ?

Pode alterar-se uma proposta, há campos sempre disponíveis para alteração até à data do agendamento como a prioridade, avaliação pré operatória, ...), no entanto se pretender alterar os procedimentos terá de inscrever uma nova consulta (ainda que virtual) e será gerada uma nova versão do documento da proposta, no qual se permite a alteração/inclusão de procedimentos e de diagnósticos secundários, e do procedimento principal mas não do diagnóstico principal. Este processo só poderá ser executado pelo Director de Serviço, presumindo-se a validação da mesma e presume-se igualmente o consentimento do utente o qual será rectificado aquando do consentimento

informado para a cirurgia. A identificação do utente assim como o diagnóstico principal não podem ser alterados, em caso de necessidade o episódio terá de ser cancelado, reinscrito (sem perda de antiguidade), revalidado pelo director, consentido de novo pelo utente e emitido novo certificado de inscrição. Após agendamento uma proposta não pode ser modificada, se necessário for terá de se cancelar o agendamento e então altera-la. Após cirurgia a proposta nunca mais pode ser alterada, caso necessário poderão ser anexas notas correctivas.

➤ **Registo da prioridade clínica da proposta no Sistema de Informação Hospitalar (SIH)**

O campo “**nível de prioridade clínica**” da proposta cirúrgica é de preenchimento obrigatório porem a prioridade clínica poderá ser alterada no SIH a qualquer altura, não estando sujeita às restrições dos 10 dias de tolerância para os registos.

A alteração do nível de prioridade da proposta deve ser devidamente justificada no sistema de informação. Lembramos ainda que é obrigatório inscrever no SIH a justificação das situações em que a prioridade atribuída é diferente da de nível 1 (normal) ou sempre que a prioridade clínica inicialmente atribuída é alterada. Em sede de auditoria esta justificação permite perceber qual a razão pela qual um utente apresenta uma prioridade superior. Entende-se que um processo que admite princípios que comportam alterações na equidade ao acesso tem de ser absolutamente transparente e justo. Assim, ainda que não se pretendam descrições exaustivas, justificações do tipo “é urgente ou é prioritário...” não são aceitáveis. Na justificação das prioridades deve ter-se em conta a portaria que regulamenta o SIGIC, que identifica a patologia, a gravidade, o impacte na vida do utente e a velocidade de progressão da doença como os factores a ter em conta na classificação do Utente na LIC.

Registo / Inscrição

➤ **Episódios de internamento não classificáveis no âmbito do SIGIC**

Não se consideram para efeitos do SIGIC internamentos em que não tenham ocorrido cirurgias realizadas no bloco operatório, excluem-se as pequenas cirurgias não devidamente justificadas. Também não se consideram os internamentos em que as cirurgias que foram executadas, fizeram uso dos recursos da Urgência (humanos ou materiais).

Internamentos não classificados como cirurgia programada no SIGLIC (base de dados central) não são passíveis de ser facturados na linha de internamentos de cirurgia programada ao IGIF. No entanto a inscrição no SIGLIC não garante de *per si* o financiamento pelo IGIF.

➤ **Inscrição de um utente em urgência diferida**

São consideradas, neste contexto, urgências diferidas as que são resolvidas pelos recursos da cirurgia programada e independentemente da porta de entrada no hospital. Por oposição serão consideradas cirurgias de Urgência as que forem executadas pelos médicos em prestação de serviço de urgência, também independentemente da porta de entrada na instituição ou do local onde o doente se situa (serviço de urgência, consulta, internamento).

A classificação de um episódio em Urgência diferida obriga ao preenchimento de uma proposta cirúrgica, mas está dispensada a formalidade de autorização expressa por parte do utente de entrada na lista (presume-se pelo consentimento informado para a cirurgia), e do envio do certificado de inscrição. Tendo em conta a necessidade de salvaguardar primeiramente os interesses dos doentes, está prevista a possibilidade de uma tolerância de 10 dias entre a ocorrência e o registo da informação. É da responsabilidade do médico que a classifica e do director que a valida. Só devem ser classificadas como urgências diferidas situações urgentes que obriguem a uma intervenção a muito curto prazo. O Hospital deverá realizar auditorias internas, nomeadamente verificando se as justificações cujo registo é obrigatório são adequadas à situação concreta, evitando assim que em auditorias externas que virão a ocorrer, estes episódios venham a ser classificados como desconformes sendo, como tal, passíveis de penalização.

➤ **Inscrição em LIC de pequenas cirurgias / cirurgias de ambulatório**

Na LIC não devem ser inscritos doentes para pequenas cirurgias, excepto se as mesmas forem devidamente justificadas(quando for necessário o recurso a anestesia geral ou loco-regional e a utilização do BO).

Se o utente se encontrar em regime de ambulatório o episódio só poderá ser facturado como tal se for gerado o GDH respectivo. É que muito embora a inscrição de utentes na LIC seja absolutamente indispensável, não garante só por si que os episódios sejam facturáveis.

➤ **Alta do processo clínico**

A “alta do processo clínico” em situação de transferência ainda não pode ser registada no SIGLIC. No entanto esta situação encontra-se em desenvolvimento e estará disponível aquando da 3ª release do Interface.

Uma vez dada a alta clínica ao utente, a alta no processo é registada pelos serviços administrativos. Em Hospitais que utilizem o SAM este procedimento pode ser directamente executado pelo médico.

➤ **Intercorrências e complicações surgidas durante o internamento**

Actualmente, o SIGLIC apenas disponibiliza o registo de intercorrências e complicações para os hospitais privados e sociais. Os hospitais públicos terão que juntar ao processo clínico as situações que documentam a existência de intercorrências e/ou complicações.

Certificado de Inscrição

➤ **Envio dos direitos e deveres dos utentes**

A Unidade Central tem vindo a receber reclamações por parte dos utentes de alguns hospitais pelo facto de o certificado de inscrição que recebem se referir a um folheto informativo sobre os direitos e deveres dos utentes enviado em anexo, mas que não consta do envelope onde é enviado o certificado de inscrição. Vimos alertar os hospitais para que juntamente com o certificado de inscrição, procedam ao envio em anexo os direitos e deveres do utente, em formato de folheto informativo (monofolhas ou trípticos) ou impresso no verso do certificado de inscrição (esta opção é facilitadora da actividade de envelopagem).

O SIGLIC permite a emissão do certificado de inscrição juntamente com a informação relativa aos direitos e deveres dos utentes.

➤ **Quem tem direito a certificado de inscrição**

Todos os utentes inscritos em LIC após o início oficial do SIGIC na respectiva região inscrito com uma prioridade 1,2 ou 3. Tem ainda direito todos os Inscrito em LIC anteriores à referida data desde que o solicitem ao hospital.

Agendamento da Cirurgia

➤ **Mapa de doentes agendados (SIGLIC)**

No SIGLIC existe a possibilidade de se consultar um mapa relativo aos utentes agendados para cada tempo operatório. Para tal, deverá aceder-se ao menu ‘consultas’ – ‘calendário’ e opções, ‘por agendar’ e ‘agendados não intervencionados’

➤ **Errata Manual relativo ao agendamento:**

Onde se lê “retribuído 50% do nível 3 e 4, 25% do nível 2 e 25% do nível 1” passar-se-á a ler “100% de nível 4, dos restantes calcular-se-ão 50% do nível 3, 25% do nível 2 e 25% do nível 1. Os utentes de nível 4 constituem urgências, caso não tenham condições clínicas par se puder agendar deverão estar suspensos”.

➤ Tempo máximo de espera em cada prioridade

O incumprimento do período máximo de espera associado a cada nível de prioridade origina desconformidades passíveis de serem penalizadas. O conceito de tempo máximo de espera prende-se com a percepção, que o médico após observação do utente, tem sobre o tempo máximo que o utente pode ficar a aguardar por uma cirurgia sem, no enquadramento em que se encontra, incorrer em *mal praxis*.

Neste conceito exclui-se a urgência diferida, na qual as 72 horas são meramente indicativas, sendo que o utente deve ser tratado logo que se reúna as condições necessárias. Não existe limite de tempo definido neste caso. Não obstante, não se observando razão plausível para a espera do utente ou limitação dos prestadores, poderá ser, em sede de auditoria, considerado desconforme uma espera exagerada por parte de um utente inscrito com prioridade 4.

➤

➤ Listas de inscrito nos hospitais

Cada Hospital terá tantas listas quantos serviços cirúrgicos tiver. Poderá ainda criar ainda listas independentes no seio do serviço se comprovadamente os recursos (humanos e materiais) no serviço para um conjunto de procedimentos for limitado e por esta razão se justificar criar uma unidade funcional no serviço para tratar um subconjunto de procedimentos (neste caso tem de existir autorização por parte do CA e informação à UCGIC para que se crie a lista). As desconformidades de agendamento verificam-se dentro de cada lista e não inter-listas excepto no caso de procedimentos que se executam em mais de um serviço.

➤ Chamada de doentes para cirurgia quando se encontram transferidos

O agendamento de utentes já transferidos é absolutamente interdito. Este procedimento constitui uma desconformidade grave, o que implica uma penalização de 50% sobre o valor do episódio, acrescido de todas as despesas com transferências que tenham ocorrido no hospital de destino.

➤ Agendamento de utentes “suplentes”

O agendamento de utentes suplentes é possível. No entanto, a ansiedade criada no utente por força dessa situação deverá ser sempre evitada na medida do possível. Na identificação como suplentes terá que ser considerada a antiguidade do utente em LIC – devem ser os imediatamente a seguir – mas dispõe-se de 30 dias (+/- 15 dias) de tolerância para melhor acertar o programa.

➤ Agendamento de doentes oriundos de outro hospital

Um serviço só pode agendar e executar uma cirurgia se for ele próprio a propô-la. Para tal o doente tem que estar inscrito no Hospital. Um Serviço ou Hospital que não se possa responsabilizar por um determinado procedimento, não deverá inscrever um utente em LIC.

Não obstante, o impacto desta situação poderá ser minimizado da forma seguinte:

- 1- O Hospital / Serviço pode considerar competentes para propor cirurgias, médicos de outros hospitais / serviços, responsabilizando-se pela mesma e inscrevendo, nessa data o utente no seu Hospital (hospital que vai operar o doente);
- 2- O Hospital quando observa o utente que presumivelmente irá tratar, inscreve-o em LIC com a prioridade adequada à sua situação (neste caso o utente só fica em lista nessa altura);
- 3- O hospital desloca um médico seu aos hospitais onde se encontram os utentes e inscreve, no seu hospital, aqueles que vierem a ser propostos.

Conclusão do Processo

➤ Papel do médico codificador

A codificação à data da conclusão do processo, é da responsabilidade do médico codificador e será coincidente com a que vier a ser utilizada para efeitos de facturação. Só pode resultar de informação inscrita no processo electrónico acrescida de informação decorrente de exames complementares de diagnóstico (exemplo: Anatomia Patológica). Presume-se pois, uma inscrição adequada e exhaustiva da informação necessária à correcta codificação assim como uma continuidade lógica entre a informação desde a proposta à conclusão que é disponibilizada ao longo do processo de tratamento.

Sub contratação (utentes do SNS)

- Para fazer face à produção contratada com o Ministério da Saúde os Conselhos de Administração (CA) dos hospitais podem subcontratar produção cirúrgica programada convencional ou de ambulatório com outros hospitais públicos.

- A título experimental e durante o ano de 2005, os Conselhos de Administração (CA) dos hospitais podem subcontratar até 5% da produção cirúrgica programada convencional ou de ambulatório, com entidades do sector social ou privado, caso, comprovadamente, não obtenham resposta junto dos hospitais públicos.

a) Considera-se comprovada a impossibilidade dos hospitais públicos não darem resposta quando, auscultados 5 hospitais da mesma região a que pertence, não obtenham resposta favorável.

b) Da intenção de subcontratar esta produção, o IGIF deve ser previamente notificado pelo hospital, que anexa os comprovativos da indisponibilidade de outros hospitais públicos para a resolução do problema.

c) Caso o hospital pretenda ultrapassar a taxa de 5% de produção cirúrgica subcontratada é necessária a autorização prévia do IGIF e a comprovação, por parte do hospital, da sua incapacidade para realizar essa produção.

- A possibilidade de executar sub contratações para a produção visa dotar as administrações de mais um instrumento para poderem resolver situações de excepção às quais os seus recursos não dão respostas adequadas.

- a produção enviada para o exterior ao abrigo dum contrato de subcontratação é inscrita no sistema de informação hospitalar (SIH) como produção externa e é facturada ao IGIF.

- a produção recebida do exterior ao abrigo dum contrato de subcontratação é inscrita no sistema de informação hospitalar (SIH) como produção subcontratada e **não** é facturada ao IGIF.

Desconformidades (alguns casos)

➤ Tempo Máximo de Espera (procura superior à oferta)

Nos casos em que, numa especialidade, a procura é superior à oferta e o hospital não consiga operar os doentes

dentro do tempo máximo de espera (TME),

Considera-se que há 2 tipos de desconformidade:

- As que resultam do incumprimento da quantidade contratada;
- As que resultam do não cumprimento das regras do SIGIC.

No caso da procura ser superior à oferta não sendo o hospital capaz de operar os utentes dentro do tempo máximo de espera e supondo que o Hospital cumpre com a quantidade contratada, o SIGIC procurará transferir o excedente e a situação não será considerada uma desconformidade. Nos casos que venham a ser identificados pela UCGIC como utentes intransferíveis, por falta de oferta externa do procedimento necessário, o hospital de origem terá de priorizar estes doentes, agendando-os dentro do TME. Se não o fizer, tal constituirá uma desconformidade (faz parte das normas agendar, no TME, doentes que o Hospital ou a UCGIC considerem intransferíveis). Em relação aos doentes inscritos em LIC antes do arranque oficial do SIGIC na região em que o Hospital está inserido, o facto de não serem operados em TME não será considerado per si uma desconformidade. Para os utentes que integrem a LIC a partir do início oficial do SIGIC será considerada uma desconformidade ultrapassarem no hospital de origem 100% do TME ou no destino 25% do TME.

➤ **Utentes cuja inscrição em LIC ultrapassa 75% do TME, não sendo agendados**

Os casos dos utentes que, passado 75% do TME, não são agendados, havendo oferta externa de procedimentos e sendo consequentemente cativados pela UCGIC, não serão considerados casos de desconformidade.

Os utentes que não forem agendados até aos 9 meses serão elegíveis para transferência (1º para hospital do SNS e só depois através da emissão de vale-cirurgia), de acordo com as regras de funcionamento do SIGIC, não se tratando de uma desconformidade. No entanto, até ao dia em que o utente seja “transferido” para a UCGIC, o hospital é o único responsável pelo seu tratamento.

➤ **Tratamento do utente em tempo diferente do definido para a prioridade clínica**

Não tratar um utente dentro do tempo que o próprio Hospital definiu (na proposta, através da identificação da prioridade clínica) como máximo admissível é uma desconformidade, a não ser que demonstre que tentou resolver o problema (de acordo com as normas inscritas no manual) e não foram encontradas soluções.

Estarei ao inteiro dispor de Vs. Exas. para esclarecimento de eventuais dúvidas suscitadas pelos temas referidos anteriormente.

Com os melhores cumprimentos,

PEDRO GOMES

COORDENADOR DO SIGIC

Anexos:

Modelos de formulários

O Registo da cirurgia, a alta de internamento e a conclusão do processo obrigam à recolha de um conjunto de informação destinada aos sistemas de informação. Os formulários anexos tipificam uma possível modalidade de recolha de dados. Poderão tal como os anteriores serem adaptados às realidades locais desde que recolham a informação mínima necessária. Hospitais que tenham processos clínicos eletrónicos validados (SAM e SIGAHC) e os médicos introduzam a informação directamente no computador não necessitam de implantar formulários em papel. Lembramos que sempre que o circuito de recolha de informação for através de formulários em papel é obrigatório retirar o respectivo relatório do sistema obter a rubrica do médico que prestou a informação e arquivar esse documento no processo do doente.

REGISTO DA CIRURGIA



Serviço _____

Nome: _____
Morada: _____
Telefone (horário laboral) _____ (horário pós-laboral) _____
Data de Nascimento □□ - □□ - □□□□
Nº Processo □□□□□□□□ N° Cartão de Utente □□□□□□□□
Entidade Responsável _____ N° de Beneficiário □□□□□□□□

Nº LIC: _____ Cirurgião Principal _____

Anestesista: _____ Equipa: _____

_____ (nome e Nr. Mecanográfico)

Tipo de cirurgia: ☐ Internamento ☐ Ambulatória Data de internamento: ____/____/____

Tipo de produção: ☐ Base ☐ Adicional ☐ Urgente ☐ Outro

Tempos no Bloco operatório : (Data Hora)

Sala do Bloco: Entrada ____/____ Saída ____/____ ; Indução ____/____ Acordar ____/____

Intervenção cirúrgica : início ____/____; fim ____/____; Tempo de permanência no recobro ____h

Tipo de Anestesia: ☐ Epidural ☐ Geral ☐ Local ☐ Raquianestesia ☐ Regional ☐ Outra ☐ S/ Anestesia

Tipo local após Bloco: ☐ Domicílio ☐ Enfermaria ☐ Recobro cir. ambulatorio ☐ Serv. Urgência ☐ UCI

☐ UC Intermédios ☐ Morte

Serviço após Bloco: _____

Classificação do episódio: ☐ 1ª intervenção do internamento ☐ Reoperação <24h ☐ Reoperação >24h (no mesmo intern.)

Diagnósticos e procedimentos cirúrgicos realizados:

Principal _____

CID_____/____

Secundário(s) _____

CID_____/____

CID_____/____

CID_____/____

CID_____/____

Complicações cirúrgicas ou anestésicas: ☐ Não ☐ Sim

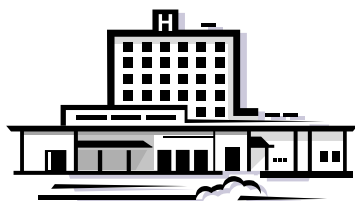
Acontecimentos Peri-Operatórios relevantes: ☐ Não ☐ Sim Próteses: ☐ Não ☐ Sim

Notas: (utilizar o Verso)

Preencher em caso de resposta afirmativa nos campos próteses, acontecimentos peri-operatórios relevantes e complicações cirúrgicas ou anestésicas. Para o caso das próteses é necessário indicar os seguintes elementos: Nome da prótese, tipo de material, nº de referência, marca, modelo e fabricante para lá das obs. que se entenderem oportunas.

Médico Relator _____ (nome clínico) ____ de _____ de _____

ALTA DE INTERNAMENTO/AMBULATÓRIO



Hospital XXXX

Serviço _____

Nome: _____
Morada: _____
Telefone (horário laboral) _____ (horário pós-laboral) _____
Data de Nascimento □□ - □□ - □□□□
Nº Processo □□□□□□□□ Nº Cartão de Utente □□□□□□□□
Entidade Responsável _____ Nº de Beneficiário □□□□□□□□

Data de alta: ____/____/____ Médico Resp. pela inf. de Alta: _____ (nome de Nºº mec.)

Proveniência: ☐ Consulta ☐ Bloco ☐ Urgência ☐ Outro Hospital _____ ☐ Outro serviço _____ (Cod)

Destino após a alta: Saída contra parecer médico: ☐ Sim ☐ Não

- | | | | | |
|---------------|---------------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| 1. Domicílio: | a. Saída com parecer médico | <input type="checkbox"/> | 2. Outro serviço no mesmo hospital | <input type="checkbox"/> |
| | b. Serviço domiciliário | <input type="checkbox"/> | 3. Unidade de Cuidados Intensivos | <input type="checkbox"/> |
| | c. Hospital dia | <input type="checkbox"/> | 4. Transferência para outra instituição de saúde | |
| | d. Consulta externa de outro hospital | <input type="checkbox"/> | b. Hospital SNS | <input type="checkbox"/> |
| | e. Consulta externa do hospital | <input type="checkbox"/> | c. Centro de saúde (internamento) | <input type="checkbox"/> |
| | f. Centro de saúde | <input type="checkbox"/> | d. Hospital não SNS | <input type="checkbox"/> |
| | g. Sem outra especificação | <input type="checkbox"/> | 5. Faleceu no internamento | <input type="checkbox"/> |

Local para onde é transferido: _____ (Nome/cod. do serviço, ou hospital ou centro saúde)

Motivo transferência: ☐ Realização de exames ☐ Seguimento ☐ Falta de recursos ☐ Trat. de condição associada

Adm.sangue / derivados: ☐ Sim ☐ Não Sequelas pós-op.: ☐ Sim ☐ Não Antib. terapêutica: ☐ Sim ☐ Não

Antib. profilática: ☐ Sim ☐ Não Nº dias ventilado: ____ Nº dias cuidados intermédios: ____ Nº dias UCI: ____

Ocorreram situações que tenham requerido medicação extra, MCDT ou prolongamento do inter. devido a:

- | | | |
|---------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Respiratória | <input type="checkbox"/> Embolia pulmonar | <input type="checkbox"/> Infecção da ferida operatória |
| <input type="checkbox"/> Cardíaca | <input type="checkbox"/> Embolia periférica | <input type="checkbox"/> Outra infecção |
| <input type="checkbox"/> AVC | <input type="checkbox"/> Metabólicas | <input type="checkbox"/> Outra |

Diagnósticos e procedimentos:

Principal _____

CID _____ / _____

Secundário(s) _____

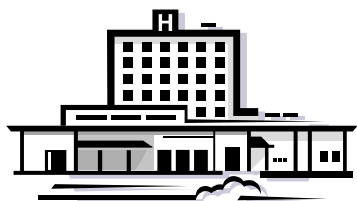
CID _____ / _____

CID _____ / _____

CID _____ / _____

Notas: Se complicações ou intercorrências registo obrigatório (no verso)

CONCLUSÃO DO PROCESSO



Hospital XXXX

Serviço _____

Nome: _____
Morada: _____
Telefone (horário laboral) _____ (horário pós-laboral) _____
Data de Nascimento □□ - □□ - □□□□
Nº Processo □□□□□□□□ N° Cartão de Utente □□□□□□□□
Entidade Responsável _____ N° de Beneficiário □□□□□□□□

Nº LIC _____

Data da devolução do processo: ____/____/____

Data da conclusão do processo: ____/____/____

Administração de sangue ou derivados: ☐ Sim ☐ Não

Sequelas dos pós-operatórios: ☐ Sim ☐ Não

Antib.terap.: ☐ Sim ☐ Não N° dias ventilado: ____ N° dias cuid. intermédios: ____ N° dias UCI: ____

Após alta ocorreram situações que tenha requerido medicação extra, MCDT ou internamento devido a :

- | | | |
|---------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Respiratória | <input type="checkbox"/> Embolia pulmonar | <input type="checkbox"/> Infecção da ferida operatória |
| <input type="checkbox"/> Cardíaca | <input type="checkbox"/> Embolia periférica | <input type="checkbox"/> Outra infecção |
| <input type="checkbox"/> AVC | <input type="checkbox"/> Metabólicas | <input type="checkbox"/> Outra |

Diagnósticos e procedimentos:

Principal _____

CID_____/____

Secundário(s) _____

CID_____/____

CID_____/____

CID_____/____

CID_____/____

CID_____/____

CID_____/____

CID_____/____

CID_____/____

CID_____/____

CID_____/____

Notas:

Assinalar se existiram intercorrências ou complicações (no verso)

Médico codificador: _____(nome clínico nr mec.) ____ de _____ de _____